

DAVE HEINEMAN
Governador

BRUCE R. RAMGE
Director

DIVISION DE ASUNTOS DEL CONSUMIDOR
CUESTIONARIO DE QUEJAS

Queja presentada por: [Sr./Sra./Srta.] (Apellido) (Primer Nombre) (Inicial)

Direccion domiciliaria: (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

Telefono domicilio: () # Telefono trabajo: ()

POR FAVOR ENCIERRE EN UN CIRCULO SU GRUPO DE EDAD: <25 25-49 50-64 65+

Esta queja es presentada contra: (Generalmente sera una Compania de Seguros o un Productor)

Tipo de Poliza : [Vida/ Salud/ Auto/ Propiedad/ Otra]

Nombre del Asegurado: Agente o Ajustador: (Encierre uno)

de Poliza o de Reclamo: Fecha de Perdida: (Encierre uno) (Si es reclamo)

Resumen de su queja: Por favor detalle y especificamente discuta cada problema.

Multiple horizontal lines for writing the complaint summary.

(Si es necesario puede usar una pagina adicional.)

Si esta involucrado un reclamo por accidente o salud, la siguiente forma debera ser completada:

Para propositos de investigacion, autorizo la entrega de informacion medica perteneciente a: (Nombre)

Reconozco que esta informacion puede ser compartida con otras agencias del gobierno para poder conseguir una investigacion sobre este asunto.

Fecha: Firma:

941 O Street, Suite 400 • PO Box 82089 • Lincoln, NE 68501-2089
Phone 402-471-2201 • Fax 402-471-6559 • TDD 1-800- 833-7352
Consumer Toll-Free Hotline 1-877-564-7323 • http://www.doi.ne.gov